UNIVERSITÉ DE PARIS-V
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

ANNÉE 1972 N° 34.1

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Loup CARRÉ
Né le 20 Juin 1943 à Courville-sur-Eure (28)

Présentée et soutenue publiquement le

ACTIVITÉ D'UN SERVICE DE CHIRURGIE D'UN HOPITAL DE 2e CATÉGORIE - 2e GROUPE SON INTÉRÊT POUR LE STAGE INTERNÉ

Président : Monsieur A. GROSSIORD (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS-6e
1972

UNIVERSITÉ DE PARIS-V
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

ANNÉE 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Loup CARRÉ
Né le 20 Juin 1943 à Courville-sur-Eure (28)

Présentée et soutenue publiquement le

ACTIVITÉ D'UN SERVICE DE CHIRURGIE D'UN HOPITAL DE 2e CATÉGORIE - 2e GROUPE SON INTÉRÊT POUR LE STAGE INTERNÉ

Président : Monsieur A. GROSSIORD (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS-6e
1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Jocelyne, ma femme

Qu'elle trouve ici l'expression
de tout mon amour

A mon père, à ma mère

En reconnaissance de ce qu'ils
ont fait pour moi

Qu'ils trouvent ici l'expression
de ma très profonde affection

A Joëlle, ma soeur

Avec toute mon affection

A ma belle famille

Qui a su m'accueillir avec beaucoup de gentillesse

A la mémoire de mes grands-parents

A la mémoire de Jacques LEVANNIER

A toute ma famille

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. GROSSIORD

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Mous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous le prions de trouver ici le témoignage de notre profond respect

A Messieurs les Docteurs THEZEE
et FUMERON

Chirurgien et médecin

Qui m'ont honoré de leur confiance

A Monsieur GUERIN

Directeur de l'Hôpital de
Saint-Jean d'Angély

A mes amis

A Messieurs les Docteurs DALAYEUN

et PANNIER

Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris

Qui ont bien voulu nous faire profiter de leur savoir, nous enseigner et nous donner l'amour de notre métier

ACTIVITE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE

D'UN HOPITAL DE 2ème CATEGORIE - 2ème GROUPE

SON INTERET POUR LE STAGE INTERNE

-:-

I N T R O D U C T I O N

SAINT-JEAN d'ANGELY est une sous-préfecture de CHARENTE-MARITIME, d'environ 11 000 habitants, à 150 km de BORDEAUX, 64 km de La ROCHELLE, et ROYAN, 100 km de POITIERS.

Son Hôpital-hospice, reconstruit en 1873 est classé 2e groupe 2e catégorie, dépendant de l'Inspection Régionale de la Santé Publique de POITIERS.

Sa capacité théorique est de :

- 51 lits en Médecine
- 62 lits en Chirurgie
- 23 lits en Maternité
- 28 lits pour convalescents

auxquels il faut ajouter :

- 3 lits de Clinique Ouverte en Médecine
- 18 lits en Chirurgie
- 7 lits en Maternité

Il est prévu pour tout l'arrondissement, soit 50 000 habitants, mais ne draine en fait qu'une population de 25 000 habitants.

Le service de Médecine est placé sous la responsabilité d'un médecin chef, à temps partiel.

Le service de Chirurgie se divise en deux parties :

- 1 partie salle commune
- 1 partie clinique ouverte

Il y a deux chirurgiens, l'un s'occupe de la salle commune et de la clinique ouverte - l'autre, son suppléant, de la clinique ouverte uniquement, en dehors du week-end de garde et des congés annuels, où il a la responsabilité de toute la chirurgie.

Nous allons étudier l'activité de ce dernier service, pendant la période allant du 1er janvier 1972 au 1er septembre 1972 et ce, pour deux raisons :

1) L'hôpital de SAINT-JEAN d'ANGELY est habilité à recevoir des stagiaires internés et joue, à ce titre, un rôle important dans la formation professionnelle.

2) La pathologie rencontrée est des plus variées et correspond aux problèmes chirurgicaux que rencontre un médecin généraliste installé dans une ville de province, de moyenne importance, sise loin des C.H.U.

Nous étudierons successivement :

- l'aménagement et la marche du service
- les différents cas cliniques, en distinguant :
  - les accidents de la circulation
  - la pathologie non traumatique
  - les différentes thérapeutiques que nous employées, et les problèmes auxquels nous nous sommes heurtés.

Nous terminerons en évoquant :

- les perspectives d'avenir d'un tel hôpital
- le rôle du stagiaire interné et l'intérêt qu'il peut retirer d'un stage dans un service d'un hôpital de 2e catégorie.

-:-

AMENAGEMENT ET MARCHE DU SERVICE

Nous avons compté pour l'année 1971 et pour tout l'hôpital :

- 506 entrées en Médecine salle commune
- 233 entrées en clinique ouverte Médecine

soit respectivement :

- 11 572 et 3 683 journées d'hospitalisation

et

- 648 entrées en Chirurgie salle commune
-1 431 entrées en clinique ouverte

soit respectivement :

-8 197 et 10 576 journées d'hospitalisation

Il existe dans le service de chirurgie que nous allons étudier, 16 chambres équipées avec oxygène.

Le personnel est composé :

- du chef de service
- 3 infirmières diplômées
- 2 aide-soignantes
- 5 agents hospitaliers
- 1 interne

La salle d'opérations est commune aux deux services, ainsi que la salle de soins et réanimation.

Il n'existe pas de laboratoire dans l'enceinte de l'hôpital.

Nous faisons appel pour nos examens de routine, comme pour nos urgences, à un pharmacien-biologiste installé en ville et, en son absence, il nous faut envoyer nos examens à 25 km, à SAINTES.

Il existe une salle de radiographie, avec un médecin radiologue à temps partiel ; lorsqu'il n'est pas à l'hôpital, les clichés sont pris par deux agents hospitaliers et lus par les internes et les chirurgiens.

-:-

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

DEVELOPPEMENT

La situation géographique de SAINT-JEAN d'ANGELY fait que la traumatologie occupe une place importante dans l'activité du service.

Sur une période de 7 mois et ayant un week-end de garde sur deux, nous avons déploré 26 décès à leur arrivée à l'hôpital et avons dû hospitaliser 64 malades.

Nous avons remarqué, qu'aucun des automobilistes décédés, soit 14, n'avait de ceintures de sécurité et que tous présentaient des lésions graves de la face et du crâne, ainsi qu'abdominales.

Les blessés ont été amenés à l'hôpital soit par les pompiers, soit par ambulance hospitalière ou privée.

Il s'est écoulé environ 10 à 25 minutes pour l'arrivée des véhicules, entre le lieu de l'accident et le service.

Les blessés ont été directement transportés en salle de soins sur la civière qui avait servi à leur ramassage. Là, l'interne de garde a donné les soins d'urgence, fait un bilan rapide des lésions avant l'arrivée du chirurgien.

Nous avons utilisé essentiellement le RHEOMACRODEX en perfusion, soit 48 fois et avons

dû 22 fois, ajouter 400 à 600 mg d'HYDROCORTISONE pour combattre un choc.

Nous n'avons pu avoir la carte de groupe sanguin du blessé que 12 fois, ce qui nous a permis de faire des transfusions immédiates dans la limite de disponibilité en sang de l'hôpital.

La voie utilisée a été la voie veineuse, aux deux plis du coude exclusivement et dans 75 p.cent des cas, un cathéter a été monté.

Tout malade présentant une chute tensionnelle de la maxima à 10 et en fonction de la gravité des lésions, a été sondé.

5 fois nous avons pratiqué une ponction exploratrice avec cathéter en polythène, après anesthésie locale, en explorant les 4 quadrants.

2 fois la ponction était positive et nous a conduit à l'intervention, alors que, malgré la négativité des 2 autres, nous avons été une fois amenés à faire une laparotomie exploratrice plus large.

Il nous a fallu malheureusement transporter chaque fois les malades de la salle de réanimation à la salle de radiographie, n'ayant pas le matériel sur place.

Sur 64 blessés hospitalisés, nous nous sommes servis 42 fois du S.A.T. de l'Institut Pasteur - 13 fois de TETAGLOBULINE.

Les autres blessés, des enfants ayant été vaccinés, les parents nous ayant présenté les certificats de vaccination.

Nous n'avons gardé dans le service aucun traumatisme cranien important, ni aucune fracture vertébrale, avec atteinte du mur postérieur.

Ils ont été dirigés dans les plus brefs délais, dans le service de Traumatologie de l'Hôpital Pellegrin à BORDEAUX, intubés, avec sonde urinaire et perfusion soit de RHEOMACRODEX soit de sang, par ambulance, accompagnés d'une infirmière de l'Hôpital et sur matelas à dépression.

Nous avons ainsi adressé :

- 4 embarrures de la voûte
- 2 enfoncements frontaux, dont 1 coma stade II
- 1 fracture du rocher
- 3 paraplégies niveau D_{12} D_4 D_8 (le dernier blessé ayant un hémothorax associé).
- 1 tétraplégie C_4 C_5 avec troubles respiratoires, accompagné par l'interne de garde.

Nous avons gardé 3 fractures vertébrales sans déplacement ni signes d'atteintes médullaires.

Après un repos absolu de 8 jours, sur plan dur, une rééducation active a aussitôt été entreprise.

La grande majorité des blessés sont arrivés avec des fractures des membres ou des luxations articulaires.

Il y a eu 5 lésions abdominales associées.

Nous avons dressé un tableau récapitulatif pour chaque malade, avec le nombre de cas, l'os ou l'organe intéressé, l'ouverture ou non et la thérapeutique.

- I - Lésions osseuses

Os atteints	Nombre	Fractures ouvertes	Fractures associées	Thérapeutique
clavicule				
1/3 ext.	8	0	2	broche
1/3 int.	3	0	1	
diaphyse humérale	3	1	3	ostéosynthèse 1 clou 2 plaque Maconor
1/3 sup. humérus	2	2	0	trait. orthopédique
extrém. inf. humérus	3	1	2	synthèse 1 plaque Maconor 2 broches percutanées
cubitus 1/3 inf.	1	1	0	broches percutanées
radius 1/3 sup.	1	1	1	
radius+cubitus supér.	9	2	4	
radius+cubitus infér.	3	0	0	
bassin	1	0	1	extension
diaphyse fémorale	3	0	2	clou de Küntscher
1/3 infér. fémur	2	1	1	clou de Strélitzia

suite tableau lésions osseuses

os atteints	Nombre	Fractures ouv.	Fractures assoc.	Thérapeutique
tibia + péroné	4	3	0	2 plaque Maconor 2 mode (Riacchi)
cheville	2	0	0	boulon Merle Daubigné si diastasis
doigts	7	5	0	broches
rotule	1	1	0	cerclage

II - Lésions articulaires

Articulations	Nombre	Fractures associées	Thérapeutique
tête humérale	2	1	orthopédie
acromio-claviculaire	2	1	résection 1/3 ext.clavicule + syndesmopexie
tête fémorale	3	0	réduction
luxation coude	2	0	réduction

III - Lésions thoraciques

En dehors de fractures de côtes simples, nous n'avons pas gardé de volet costal important, n'ayant pas de Respirateur.

Pour toutes les réductions sanglantes ou les fractures ouvertes, nous avons d'emblée institué une thérapeutique antibiotique, en utilisant :

- LINCOCINE à la dose de 600 mg/4 fois/24h 20 fois
- KEFLIN à la dose de 2 g/j ..... 21 fois
- GENTALLINE à la dose de 1,60 g/j ..... 12 fois

Nous n'avons eu aucune intolérance à ces antibiotiques et pas de suppuration osseuse.

Le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé entre 45 jours et 6 mois après l'intervention.

4 fractures de clavicules étaient dues à la ceinture de sécurité, mais aucune ne s'est accompagnée de fractures associées.

IV - Lésions abdominales

Ce sont les lésions qui nous ont posé le plus de problèmes, tant sur le plan diagnostique que sur le plan de la réanimation.

Les accidentés sont arrivés en état de choc important. Il nous a fallu en dénuder 4 sur 5.

L'usage de la ponction au cathéter nous a été d'un grand secours, conduisant 2 fois à l'intervention.

Organes	Nombre de cas	Lésions associées	Thérapeutique	Evolution
foie	2	1	suture+ mèche	décès: 2
rate	3	1	splénectomie	décès: 1
rein	1	0	-	bonne: 1

L'évolution des 2 plaies du foie a été défavorable.

Un malade est décédé 3 semaines après l'intervention, dans un tableau de suppuration profonde. Ce malade alcoolique connu, était atteint d'une cirrhose importante.

L'autre, 8 jours après l'intervention, a fait une rupture de rate, alors que nous avions soigneusement exploré la loge splénique, lors de la 1ère intervention.

Cette malade ne s'est pas réveillée après la splénectomie ; n'ayant pas à cette époque de respirateur, nous avons dû la ballonner, sans résultat.

Un malade a présenté une hématurie importante ; l' U.I.V. faite dès le lendemain n'a montré aucune lésion, motivant notre abstention thérapeutique. Il a pu quitter l'hôpital 8 jours après son admission.

Pour tous ces malades, nous avons utilisé préférentiellement, l'association antibiotique PENI-COLI, à la dose de 10 millions.

Nous avons fait un bilan complet tous les jours
- N.F.S. Hématocrite
- urée sanguine et urinaire
- glycémie
- ionogramme

La rééquilibration était effectuée, en fonction des résultats de laboratoires.

LA PATHOLOGIE NON TRAUMATIQUE

Nous avons pratiqué en 6 mois, 271 interventions.

Les malades ont soit été dirigés directement vers l'hôpital, soit vers le cabinet de consultations du chirurgien et ensuite hospitalisés dans le service.

En dehors des urgences, les malades sont tous entrés la veille de l'intervention, pour bilan pré-opératoire systématique, comprenant au minimum :

- N.F.S. V.S.
- Hématocrite
- Urée
- Glycémie
- Ionogramme

En fonction de leur âge et selon la gravité de l'intervention prévue, ils ont été examinés par le cardiologue, soit 94 fois.

Après leur opération, nos malades ont eu un bilan quotidien.

Nous nous sommes servis 104 fois de RHEOMACRODEX, comme prévention de thrombose, à la dose d'un flacon/jour, en perfusion intraveineuse lente de 4 heures.

Il nous a fallu arrêter les perfusions 12 fois, les malades présentant une petite poussée hypertensive, avec céphalées et 3 fois, à cause de tendance hémorragique.

Nous n'avons eu à déplorer sur l'ensemble des interventions, que 2 phlébites, qui ont rétrocédé rapidement sous traitement médical.

Toutes les pièces d'exérèse ont été envoyées à l'analyse anatomo-pathologique.

Tube digestif Interventions	Nombre	Technique	Résultat
- gastrotomie pour hématémèse	3		ulcus perforé
- gastrectomie pour ulcus perforé	1	Polya	
- gastrectomie 2/3 sur ulcus	1	Polya	
- gastrectomie 2/3 s/ulcus cancérisé	1	Polya	décès 15j après
- gastrectomie + colectomie segmentaire, pour cancer envahissant	1	Polya	survie 2 mois
- cholécystectomie+ cholédochotomie	7		bon
- occlusion sur bride	2		
- colectomie segmentaire pour cancer " " " "	3 ang.g 1 ang.d	 hémicolectomie d.	bon
- iléite de Crohn	1	laterectomie seg. large	bon
- abcès appendiculaires	6		bon
- appendicectomie	86		bon
- résection du bas sigmoïde (Hartmann)	2	Hartmann)	

suite Tube digestif

Interventions	Nombre	Technique	Résultat
- diverticule de Meckel	1	résection	bon
- volvulus du sigmoïde	1		
- laparotomie pour PAH	4		3 taches de bougies
- résection circulaire d'hémorroïdes	3	Whilihead	
- rectoscopie	4		RAS
- fissure anale	3	dilatation	

Nous avons été amenés à pratiquer des gastrotomies pour hématémèses, chaque fois qu'une hématémèse n'a pas cédé à la mise en place d'une sonde de Blackmoore.

Il n'existe pas de fibroscope à l'hôpital, pour visualiser l'origine de l'hémorragie.

Les appendicectomies nous ont montré sur 86 cas :

- 42 p.cent d'appendicites vraies
- 16 p.cent d'adénites mésentériques

Le reste des cas se partageant chez la femme, en des troubles de l'ovulation, alors que chez les enfants dans 17 p.cent des cas, nous avons trouvé un cas d'appendice sain - une éosinophilie comprise entre 6 et 12 et nous faisant évoquer une possible ascaridiose.

Le seul diverticule de Meckel s'est traduit cliniquement en dehors d'une douleur abdominale basse, mal localisée, par des moelena.

L'iléite de Crohn a été une découverte opératoire, confirmée par l'anatomo-pathologie.

Une place particulière est à faire pour les 4 pancréatites aiguës rencontrées.

Ce sont les premiers cas vus dans le service depuis 10 ans.

Sur le plan clinique, nous ne nous sommes jamais trouvés devant le classique drame abdominal. Tout au plus une chute tensionnelle à 10-6 chez un normotendu, une fois.

Il s'agissait le plus souvent, de douleurs abdominales sourdes, épigastriques, sans irradiations et calmées par la prise d'ASPIRINE, quelques vomissements bilieux 3 fois sur 4.

Les examens biologiques ont alors montré sur les 4 cas :

- 1) une hyperamylasurie supérieure à 1200 et pouvant atteindre 13 000
- 2) une hyperamylasémie entre 400 et 800
- 3) une hyperglycémie aux alentours de 1,40 g/l

3 fois, la laparotomie large nous a montré en dehors d'un peu de sérosité dans la cavité péritonéale, des taches de bougie sur le mésentère et le grand épiploon.

1 fois le pancréas et les mésos étaient infiltrés d'une sérosité claire.

Nous avons chaque fois vérifié la vésicule et le cholédoque et n'avons trouvé aucune lithiase.

2 fois il a fallu drainer un hématome enkysté dans l'arrière cavité.

Nous avons institué un traitement médical d'anti-enzymes pendant deux semaines et avons pris le relais par EUROBIOL.

L'évolution de 3 malades est satisfaisant, le 4e faisant actuellement une rechute.

Appareil génito-urinaire Interventions	Nombre	Technique	Résultat
néphrectomie unilatérale	2		bon
néphrolithotomie	1		
torsion hydalide	2	ablation hydalide	bon
résection endoscopique	4		
prostatectomie	7	6 Freyer- 1 Wryndrak-Ombrédanne	1 décès
ectopie testiculaire	4		
hydrocèle	3		bon
kyste du cordon	1		
phimosis	20		
cystoscopie	6		2 cancers de vessie

Une néphrectomie a été faite pour lithiase unilatérale à répétition, chez un malade ayant une coudure de l'uretère ; l'autre, en urgence, pour une pyélonéphrite à bacilles de Koch.

Les résections endoscopiques de prostate ont été faites chez des malades âgés, présentant des métastases - 2 pulmonaires - 1 vertébrale.

Nous les avons réséquées deux fois.

Devant une élévation des phosphatases acides et selon l'anatomo-pathologie, nous avons utilisé 3 fois le ST_{52} et avons dû l'interrompre deux fois, à cause de son intolérance digestive.

Les cystoscopies demandées pour hématuries n'ont été positives que deux fois, montrant une tumeur bourgeonnante du bas-fond vésical, biopsiée et envoyée à l'anatomo-pathologie.

Gynécologie & Obstétrique -

	Nombre	Thérapeutique	Résultats
césarienne	2		Bon
fausse-couche	17		
hystérectomie totale	15		
hystérectomie totale+ovariectomie	2		
ovariectomie			
- kyste dermoïde			Bon
- cancer			survie 7 mois
- kyste séreux			Bon
périnée	5	3 Aburrel 2 Orsini+Aburrel	
abcès du sein	2		
biopsie extemporanée (1 néo et 3 tumeurs bénignes)	4	1 Halsted	
salpingoplastie bilatérale	2	réimplantation	

L'anatomo-pathologie nous a donné les résultats suivants :

- 1 cancer de l'utérus
- 1 cancer de l'ovaire
- 1 cancer du sein

Le reste des pièces d'exérèse ne présentait aucun signe de malignité.

Une malade présentait un kyste ovarien de 7 litres et était venue consulter pour prise de poids excessive ...

Nous suivons avec beaucoup d'intérêt les deux femmes ayant subi une salpingoplastie, mais malheureusement et avec 4 mois de recul, aucune grossesse en évolution ne nous permet de juger de la réussite de l'intervention.

Il y a à l'Hôpital, un gynécologue-obstétricien, chef de service, ce qui explique le nombre faible de nos césariennes.

Pathologie générale -

Les hernies	Nombre	Thérapeutique	Résultat
inguinale gauche	16		
inguinale droite	7	.....	1 récidive
bilatérale	2		
inguino-scrotale	2		
inguinale étranglée	1	Cures	
crurale directe	3		
crurale étranglée	1		
de la ligne blanche	1		
éventration - laçage de peau	2	laçage de peau	

	Nombre	Thérapeutique	Résultat
abcès de fesse	1		
kyste pilonidal	2		
kyste poplité	2		
amputation 1/3 inf. cuisse	1		
greffe tendon extenseur	4		
greffe tendon fléchisseur	4		
stripping	5		
phlegmon espace pelvi-rectal supérieur	3		
orteil en marteau	2	Terry	
hygroma rotulien	1		
hallux valgus	3	Keller	

Nous n'avons pas relevé les différents points de suture et plaies multiples effectués dans le service.

Les scies circulaires sont à incriminer dans un certain nombre de cas. Tous ces blessés ont reçu un sérum antitétanique, ont été pansés et n'ont pas été hospitalisés.

-:-

C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié l'activité d'un service de chirurgie d'un hôpital de 2e catégorie et n'avons pas abordé les problèmes auxquels nous avons eu à faire face.

Ils sont pourtant nombreux et particulièrement préoccupants, car ils mettent en cause, à la limite, la qualité de nos soins.

Nous n'avons pas de médecin anesthésiste-réanimateur. Il doit en entrer un en fonction sous peu.

Les anesthésies étant assurées jusqu'à ce jour, par des infirmières et la réanimation, par le chirurgien et les internes.

Nous n'avons pas de panseuses au bloc opératoire. Cette tâche est effectuée par des agents hospitaliers.

Notre salle d'opérations, si elle est à peu près correctement équipée (nous avons un RPR et un scope depuis un mois), n'est pas d'une asepsie à toute épreuve ...

Enumérer le manque d'instruments serait trop fastidieux ... mais ils nous font actuellement défaut, surtout lorsqu'il s'agit par exemple de matériel aussi important que le nécessaire d'intubation nasale.

Il n'y a pas dans tout l'hôpital d'électrocardiographe.

Nous devons à chaque fois faire appel au cardiologue, qui se déplace avec le sien.

La venue d'un directeur jeune et dynamique semble pourtant avois mis l'hôpital sur la bonne voie.

Il est prévu pour 1973 la mise en service d'un bloc d'urgences et réanimation, comprenant :

- 5 box à 1 ou 2 lits pour 1ère urgence
- 6 chambres de soins intensifs
- 2 lits de réanimation
- 1 salle d'opérations majeure
- 1 salle de petites interventions ...

le tout étant équipé d'un matériel correspondant à nos besoins.

Il nous reste malheureusement à déplorer que le bloc de service pour stérilisation, soit prévu pour une autre tranche.

Nous avons néanmoins et dans de telles conditions, énormément appris ; tout d'abord grâce au chef de service, qui n'a pas hésité à payer de son temps pour nous instruire chaque fois que cela a été nécessaire.

Nous avons participé activement à toutes décisions d'interventions et les responsabilités de diagnostic et de thérapeutique de 1ère urgence qui nous ont été dévolues, nous ont permis de faire rapidement la transition entre les connaissances acquises à la faculté et la pratique.

Nous aurons ainsi appris que faire un diagnostic d'appendicite est impossible ... si ce n'est sur la table d'opérations, et qu'intuber et dénuder, n'est pas chose facile.

Le service est fréquenté régulièrement par les médecins traitants.

Aucune décision thérapeutique n'a été prise en leur absence.

En contact permanent avec eux, nous avons pu nous familiariser avec les problèmes qui se posent à l'exercice de la médecine générale.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : A. GROSSIORD

Vu :
Le Doyen :
Signé : A. GROSSIORD

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : R. MALLET

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-